

INFORME DE CASO

Isquemia mesentérica crónica. Informe de caso

MSc. Dr. Nélcido Luis Sánchez García¹, MSc. Dra. Ángela Elvirez Gutierrez¹, MSc. Dra. Elsa Francisca García Bacallao¹, Dra. Sacha Lazo del Vallín¹

¹Instituto de Gastroenterología, La Habana, Cuba

RESUMEN

Introducción: la isquemia mesentérica crónica es una enfermedad poco frecuente secundaria a la disminución del flujo sanguíneo intestinal. **Presentación del caso:** se presenta un caso de una paciente con isquemia mesentérica crónica como una causa inusual de dolor abdominal y pérdida de peso. **Conclusiones:** la isquemia mesentérica crónica constituye un diagnóstico raro que requiere de la exclusión de otras causas más comunes.

Palabras clave: isquemia mesentérica crónica; dolor abdominal; pérdida de peso

ABSTRACT

Introduction: chronic mesenteric ischemia is a rare disease, secondary to intestinal blood flow decreased. **Case report:** the case of a patient with chronic mesenteric ischemia as an unusual cause of abdominal pain and weight loss is reported. **Conclusions:** chronic mesenteric ischemia is a rare diagnosis that requires the exclusion of other more common causes.

Key words: chronic mesenteric ischemia; abdominal pain; weight loss

INTRODUCCIÓN

La isquemia mesentérica (IM) es causada por una reducción en el flujo sanguíneo intestinal y se puede dividir en aguda (IMA) y crónica (IMC) en función de la rapidez y el grado de obstrucción del flujo sanguíneo. El diagnóstico de isquemia mesentérica exige la exclusión cuidadosa de causas más comunes de dolor que requieren pruebas exhaustivas.⁽¹⁾

Después del diagnóstico la revascularización es obligatoria. Tanto los procedimientos endovasculares como los de revascularización abierta conllevan el riesgo de complicaciones graves.⁽²⁾

La isquemia mesentérica crónica se produce, con mayor frecuencia, secundaria a la enfermedad aterosclerótica de las arterias mesentéricas. Los pacientes, a menudo, son mayores de 60 años y pueden presentar dolor abdominal posprandial, náuseas, diarrea y pérdida de peso significativa. La enfermedad sintomática se ha manejado tradicionalmente con reparación quirúrgica abierta, pero las estrategias endovasculares, como la angioplastia percutánea y la colocación de stent, se han convertido en los pilares de la terapia.⁽³⁾ Se presenta el siguiente caso porque esta enfermedad es poco frecuente y tiene un diagnóstico que requiere la exclusión de varias enfermedades más comunes.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente femenina, de 73 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II y que había sido colecistectomizada dos años antes por litiasis vesicular. Refirió en su Área de Salud que hacía dos años comenzó con dolor abdominal en todo el hemiabdomen superior, con irradiación hacia la espalda, de horas de duración, que aparecía en el postprandial temprano, sin relación con el tipo de alimento y que disminuía con el ayuno. Además, presentó vómitos escasos, unas veces compuestos por restos de alimentos y otras por contenido biliar. También tuvo deposiciones (diarreas) de tres a cuatro veces en el día, de consistencia semilíquida, sin flemas ni sangre. Durante este período la paciente perdió aproximadamente 20kg de peso. Fue remitida a la Consulta externa del Instituto de Gastroenterología, allí se decidió su ingreso para estudio y tratamiento y se le indicaron los siguientes estudios.

Examen físico:

Abdomen: plano, depresible y doloroso a la palpación superficial y profunda en todo el hemiabdomen superior, no visceromegalia, no lesión palpable, ruidos hidroaéreos presentes y normales.

Estudios analíticos:

Hemoglobina: 125g/l

Leucograma: $6,4 \times 10^9/l$ (seg: 0,58; mono: 0,02; linfo: 0,40)

Alaninoaminotransferasa (ALAT): 14,5U/l

Aspartatoaminotransferasa (ASAT): 16,9U/l

Fosfatasa alcalina (FA): 131U/l

Gamma glutamiltraspeptidasa (GGT): 39U/l

Amilasa: 46U/l

Albumina: 44,3g/l

Glicemia: 6,0mmol/l

Creatinina: 52micromol/l

Colesterol: 4,3mmol/l

Triglicéridos: 1,1mmol/l

Heces con técnica de Ritchie: negativas

Sangre oculta en heces fecales: positivo

Rayos X de tórax: ateromatosis de la aorta, no lesiones pleuro-pulmonares.

Ultrasonido abdominal: hígado de ecogenicidad normal, sin dilatación de las vías biliares, no hepatomegalia, páncreas con aumento moderado de la ecogenicidad sin otras alteraciones, resto de los órganos abdominales sin alteraciones.

Endoscopia digestiva superior: duodenitis eritematosa erosiva moderada, pangastritis eritematosa erosiva moderada, reflujo duodeno gástrico moderado.

Prueba de ureasa para determinación de *Helicobacter pylori*: negativo

Colonoscopia: hemorroides internas

Tomografía axial computadorizada (TAC) simple de abdomen: no lesión en órganos abdominales, no adenopatías intraabdominales, ateromatosis de la aorta abdominal, clip metálico en la región de colecistectomía.

La paciente continuó con los mismos síntomas a pesar del tratamiento para las enfermedades descritas en la endoscopia digestiva superior por lo que se indicaron:

Ultrasonido abdominal con Doppler: aorta muy ateromatosa, con placas calcificadas hacia el tronco celíaco, que impresionaba disminución del flujo a este nivel. Resto de los órganos abdominales sin alteraciones.

AngioTAC abdominal: se realizaron reconstrucciones multiplanares con cortes finos y volumétricos y se observó la aorta de calibre normal, con múltiples y gruesas placas de ateroma. En el origen del tronco celíaco se apreció una placa de ateroma de 8mm que producía estenosis marcada en su origen, sin vascularizarse la arteria hepática, además había una placa de ateroma de 16mm en el origen de la arteria mesentérica superior que provocaba una marcada estenosis, así como afinamiento mesentérico post-estenótico. Ambas

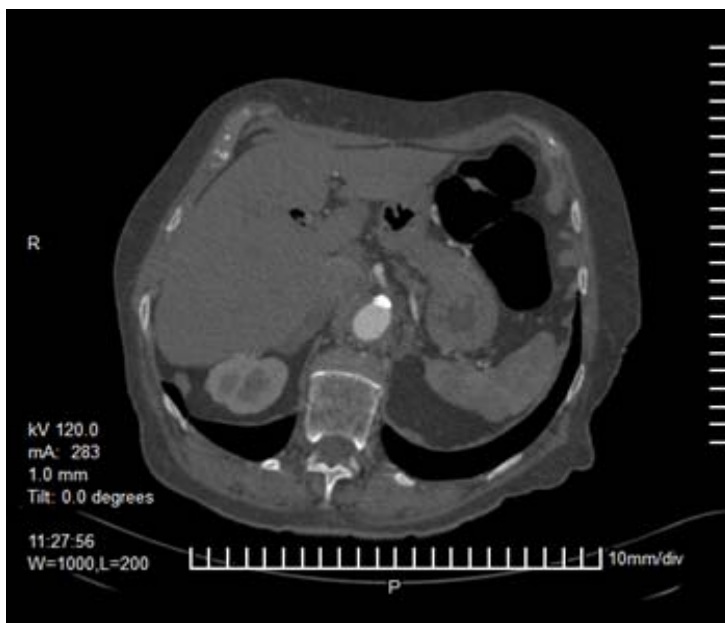


Figura 1. Imagen de corte axial de TAC multicorte contrastada en fase arterial, con gruesa placa de ateroma en el tronco celíaco que ocluye la luz del vaso más del 50%

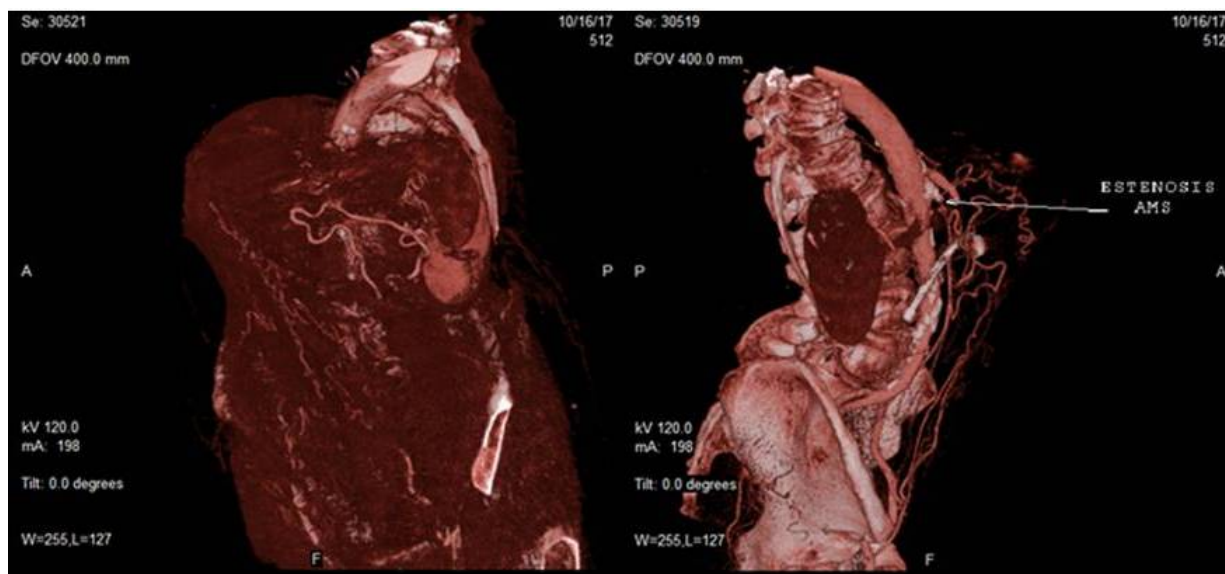


Figura 2. Imágenes de corte axial de TAC multicorte contrastada en reconstrucción volumétrica (VR) en las que se aprecia interrupción de la mesentérica superior

arterias renales de calibre normal. Había múltiples colaterales arteriales superficiales.

Impresión diagnóstica: marcada estenosis del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior secundaria a placas de ateroma (figuras 1 y 2).

La paciente fue remitida para tratamiento definitivo al Instituto de Angiología, de la Ciudad de La Habana, en el que se le realizó revascularización endovascular sin complicaciones y con evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

La IMC (también conocida como angina intestinal) se debe a la hipoperfusión intestinal episódica o constante que, generalmente, se desarrolla en pacientes con enfermedad aterosclerótica mesentérica crónica. Los síntomas están fuertemente asociados con las comidas provocadas por el aumento de las demandas circulatorias asociadas con la digestión.⁽²⁾

El diagnóstico de IMC requiere la exclusión cuidadosa de causas más comunes y un alto grado de sospecha clínica, especialmente en pacientes con factores de riesgo conocidos; sin embargo, los primeros signos son inespecíficos y el diagnóstico definitivo a menudo requiere pruebas exhaustivas. La ecografía Doppler se puede utilizar para identificar estenosis de alto grado en la arteria mesentérica superior y la arteria celíaca. Un estudio positivo requiere confirmación con un estudio de imagen adicional antes de la intervención.⁽⁴⁾

Actualmente se considera que la angiografía mesentérica es la prueba diagnóstica estándar para la sospecha de embolia arterial o trombosis.⁽²⁾

En un estudio realizado por Sharafuddin M.J. y colaboradores⁽⁵⁾ la presentación clínica más frecuente de la isquemia mesentérica crónica en 12 pacientes fue de angina abdominal postprandial y pérdida de peso; además, presentó la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como factores de riesgo vascular, lo que coincide con el presente caso.

En una investigación realizada en Cuba los autores refieren que la IMC aparece en personas con marcada arterioesclerosis y representa el 5% de los casos de isquemia intestinal. Los criterios diagnósticos de esta enfermedad son:

- Clínico: dolor abdominal (llamado angina abdominal) de aparición precoz tras la ingestión de alimentos
- Imagenológico: demostración angiográfica de obstrucción de los vasos esplácnicos.⁽⁶⁾

Los estudios de imágenes, como las radiografías simples y con bario de abdomen, no tienen buena especificidad ni sensibilidad.⁽⁷⁾ La angiotomografía con multidetector debería ser el estudio inicial dada su sensibilidad y su especificidad, que superan el 90%; sin embargo, no siempre están disponibles.⁽⁸⁾

Los pacientes con IMC son predominantemente mujeres entre la séptima y la octava décadas de la vida. Las dos características clínicas más frecuentes son el dolor abdominal posprandial y una pérdida de peso no intencionada; el dolor se asocia a la ingesta de comida. Este dolor, clásicamente, comienza a los 15 o a los 30 minutos después de la ingesta y persiste durante cinco o seis horas. Se localiza en el epigastrio y, a veces, se irradia a la espalda, lo que puede ser debido a la isquemia gástrica que experimentan los pacientes con IMC. Los

pacientes modifican sus hábitos alimenticios y realizan pequeñas ingestas frecuentes con el fin de minimizar la clínica. Como consecuencia de este rechazo a la comida se produce una pérdida de peso de entre 10 y 15kg, que suele estar más asociada con la disminución de las ingestas que con una posible malabsorción intestinal.⁽⁹⁾

Existen dos opciones principales de tratamiento, la reperfusión endovascular y la quirúrgica. La cirugía ofrece mayor probabilidad de permeabilidad vascular a cinco años,⁽¹⁰⁾ aunque con el tratamiento endovascular se reducen las complicaciones postquirúrgicas, la estancia hospitalaria, el costo, la invasión para el paciente y las complicaciones anestésicas.^(11,12)

En un estudio en los Estados Unidos de 22 413 pacientes con isquemia mesentérica crónica sometidos a reperfusión se encontró que, con el tratamiento endovascular, la mediana de la estancia hospitalaria fue menor (5 vs. 11 días; $p < 0,001$) y, también, la morbilidad (20 vs. 38%; $p < 0,001$); en el análisis multivariado la mortalidad fue cinco veces mayor en el grupo de reperfusión abierta (*odds ratio*, OR=5,1) (IC_{95%} 3,1-8,4; $p = 0,001$).⁽¹³⁾

La IMC es una enfermedad infrecuente, pero con un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. La principal etiología es la aterosclerosis que afecta al origen de la arteria mesentérica superior. El diagnóstico se basa en una elevada sospecha clínica y los resultados de las pruebas de imagen. El tratamiento consta de dos pilares fundamentales: el tratamiento endovascular, con ventajas en pacientes con alto riesgo quirúrgico y elevada comorbilidad, y el tratamiento quirúrgico abierto, que ofrece buenos resultados a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mastoraki A, Mastoraki S, Tziava E, Touloumi S, Krinos N, Danias N, et al. Mesenteric ischemia: Pathogenesis and challenging diagnostic and therapeutic modalities. *World J Gastrointest Pathophysiol* [Internet]. 2016 Feb [citado 6 Sep 2018]; 7(1): 125–30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753178/>
2. Leenarts CA, Haagmans MJ, Bouwman LH, Sikkink CJ. Severe abdominal complaints after technical successful endovascular treatment of chronic splanchnic ischemia. *J Nat Sci Biol Med* [Internet]. 2018 Jan-Jun [citado 6 Sep 2018]; 9(1): 100–102. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5812064/>
3. Huynh C, Schwartz R. Symptomatic Delayed Aortic Dissection After Superior Mesenteric Artery Stenting for Chronic Mesenteric Ischemia. *Vasc Endovascular Surg* [Internet]. 2017 Aug [citado 6 Sep 2018]; 51(6): 377-379. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28376703>
4. Mitchell EL, Moneta GL. Mesenteric duplex scanning. *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther* [Internet]. 2006 Jun [citado 22 Sep 2018]; 18(2): 175–83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060239>
5. Sharafuddin MJ, Nicholson RM, Kresowik TF, Amin PB, Hoballah JJ, Sharp WJ. Endovascular recanalization of total occlusions of the mesenteric and celiac arteries. *J Vasc Surg* [Internet]. 2012 Jun [citado 22 Sep 2018]; 55(6): 1674-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22516890>
6. Guerra Macías I, Rodríguez Fernández Z. Isquemia intestinal. *Medisan* [Internet]. 2014 [citado 22 Sep 2018]; 18(3): 384-392. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n3/san13314.pdf>

7. Cangemi JR, Picco MF. Intestinal ischemia in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2009 Sep [citado 22 Sep 2018]; 38(3):527-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19699412>
8. Ozden N, Gurses B. Mesenteric ischemia in the elderly. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2007 Nov [citado 22 Sep 2018]; 23(4):871-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923343>
9. Del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero PuertaC. Isquemia mesentérica crónica. *Angiología* [Internet]. 2015 Nov-Dic [citado 22 Sep 2018]; 67(6):497-506. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-isquemia-mesenterica-cronica-S0003317014001990>
10. Pecoraro F, Rancic Z, Lachat M, Mayer D, Amann-Vesti B, Pfammatter T, et al. Chronic mesenteric ischemia: Critical review and guidelines for management. *Ann Vasc Surg* [Internet]. 2013 Jan [citado 22 Sep 2018]; 27(1):113-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23088809>
11. Zacharias N, Eghbalieh SD, Chang BB, Kreienberg PB, Roddy SP, Taggart JB, et al. Chronic mesenteric ischemia outcome analysis and predictors of endovascular failure. *J Vasc Surg* [Internet]. 2016 Jun [citado 25 Sep 2018]; 63(6):1582-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27066948>
12. Hogendoorn W, Hunink MG, Schlosser FJ, Moll FL, Muhs BE, Sumpio BE. A comparison of open and endovascular revascularization for chronic mesenteric ischemia in a clinical decision model. *J Vasc Surg* [Internet]. 2014 Sep [citado 22 Sep 2018]; 60(3):715-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24721175>
13. Schermerhorn ML, Giles KA, Hamdan AD, Wyers MC, Pomposelli FB. Mesenteric revascularization: Management and outcomes in the United States, 1988-2006. *J Vasc Surg* [Internet]. 2009 Aug [citado 22 Sep 2019]; 50:341-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2716426/>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Recibido: 15/7/2018

Aprobado: 14/11/2018

Nélcido Luis Sánchez García. Instituto de Gastroenterología. Calle 25 No. 503 e/ H e I. Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba. Código Postal: 10400
Teléfono: (53)7832 5594
nelcidosg@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0000-0002-2061-2085>